

# インフルエンザ予防接種予診票

接種希望の方へ:太ワク内にご記入ください。

診察前の体温

度 分

住所	〒 <input type="text"/>	市 郡 区	男	TEL	— —
ふりがな			女	生年月日	昭 平 年 月 日 (満 歳 カ月)
受ける人の氏名					
保護者の氏名 (18才未満)					

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 ( )回目 前回の接種は( )月 日)	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。病名( )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
これまでに、特別な病気(心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症など)にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
病名( )			
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や周囲に、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
病名( )			
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類( )			
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類( )			
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )。  
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明をした。

医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上でインフルエンザHAワクチン(4価ワクチン)[国内産ワクチン]の接種を ( 希望します ・ 希望しません )。

令和 年 月 日 本人(もしくは保護者)の署名

※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。 続柄( )

インフルエンザHAワクチン Lot.No. <input type="text"/>	皮下接種 0.5 ml	〒273-0036 千葉県船橋市東中山1-18-10 TEL 047(334)2686 医療法人社団ディーオーアイ 土居内科医院 接種年月日 令和 年 月 E
---	----------------	---